



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL



INSTITUTO NACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCIÓN PROVINCIAL
DE A CORUÑA

SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA PARA EL TITULAR DEL DERECHO Y SUS BENEFICIARIOS QUE SE DESPLAZAN TEMPORALMENTE AL EXTRANJERO

1. SOLICITANTE	Apellidos y nombre	Titular <input type="checkbox"/>
		Beneficiario <input type="checkbox"/>

2. DATOS DEL TITULAR DEL DERECHO	Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
	Domicilio (calle o plaza y número)			Código postal y localidad		Provincia
	Sexo	E.civil	Fecha nacimiento	Nombre del padre	Nombre de la madre	Nº Afiliación Seg. S.
	Número de teléfono			Nacionalidad		

3. DESPLAZA- MIENTO	Pais al que se desplaza	Motivo	Fecha
			Del Al

4. DATOS DE LOS BENEFI- CIARIOS QUE SE DESPLAZAN	Apellidos y nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Núm. DNI	Núm. Afiliación Seg.S...	
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					

DECLARO

Bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

a de de

Firma,

SR. DIRECTOR PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL - A CORUÑA